



STUDENT MEDICAL REPORT FORM

National Center for the Holy Quran

YOUR PERSONAL DETAILS

דער פאטער דעם קינד

Full Name _____ **فُورْ دَو سَرَسَر**

Student No _____ کمر نو مَر سَر نو مَر

National ID No _____ قومی شناختی نمبر _____

Permanent Address _____ قریب

Present Address _____ د. محمد بن عبد الله بن محمد

Contact Phone numbers / E-mail Address _____ ٠٥٤٤٠٠٠٠٠٠ / ٠٥٤٤٠٠٠٠٠٠

Medical Report (to be filled by the Doctor)

جہاں سے پہنچے (۲۰۰۰) ۲۰۰۰

Patient consulted date(s) _____

Patient's illness / unfitness	سَوِيَّةٌ مَرَضِيَّةٌ / سَوِيَّةٌ عَجْزِيَّةٌ
-------------------------------	-----------------------------------------------

Doctor's opinion

32/33 52/53

Full Name _____

Address _____

Contact details 002000 663 7000 663

ކަނޑު ނަންބަރު:

ކަނޑު ނަންބަރު:

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ބަޔާން / ބަޔާން

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ބަޔާން

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ބަޔާން	މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް	މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް	މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް	މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް	މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ބަޔާން

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

މިއަހަރުގެ ބަޔާން

މިއަހަރުގެ ބަޔާން

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ބަޔާން

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް

މިއަހަރުގެ ބަޔާން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ ގޮތަށް